

بسته اطلاعاتی از همکاری بین بخشی برای سلامت تا دولت و ملت حامی سلامت (۲)



سلامت در دنیای به هم پیوسته

بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی و خیلی از کشورها از آمادگی مطلوبی که برای فرآیندهای پیچیده دیپلماسی مورد نیاز است، برخوردار نیستند. امروزه وزارتخانه‌های بهداشت، به طور فزاینده‌ای خود را با وزارت امور خارجه درگیر می‌بینند و همین‌طور با وزارتخانه‌های مسوول توسعه اقتصادی و مجموعه‌های مالی بین‌المللی که به خاطر ارتباطات تازه شکل گرفته، سلامت را بخش مهمی از مجموعه خود می‌یابند (کیکوش، ۲۰۱۱). در یک دنیای به هم پیوسته، آثار اقتصادی سلامت بر سایر بخش‌ها و جامعه هر روز بیشتر از دیروز آشکار می‌شود و رویکرد اجتماعی به سلامت را دگرگون می‌کند.

تأثیر و تأثر بخش سلامت و سایر بخش‌ها

چگونه رشد بخش سلامت بر سایر بخش‌های دولت و رشد و تولید کلی کشور تأثیر می‌گذارد؟ این سوال، به ویژه در کشورهایی که هزینه‌های بخش سلامت رشد سریع‌تری از رشد اقتصادی کشور دارد، واجد اهمیت بیشتری است. تأثیر و ظرفیت بخش سلامت با شیوع بیماری‌هایی نظیر سارس و آنفلوآنزای پرندگان، شیوع آنفلوآنزای H₁N₁ در سال ۲۰۰۹ و اخیراً، شیوع عفونت ناشی از گونه‌ای مرگبار از اشریشیا کولی (اروپا، سال ۲۰۱۱) محک می‌خورد. هزینه اقتصادی شیوع سارس حدود ۷ تا ۲۱ میلیارد یورو تخمین زده شد و هزینه شیوع بومی طاعون در سورات هندوستان در سال ۱۹۹۴ حدود ۱/۴ میلیارد یورو. تخمین زده می‌شود که اپیدمی آنفلوآنزای پرندگان در چین و هنگ‌کنگ در سال ۱۹۹۷ صدها میلیون یورو هزینه در پی داشته باشد. (رابرتسون، ۲۰۰۳). در اروپا، شیوع ای‌کولای در سال ۲۰۱۱ به شدت بر صنعت کشاورزی و خرده‌فروشی غذا تأثیر گذاشت. برخی کشورها واردات سبزیجات مشخصی را ممنوع کردند و مصرف‌کنندگان نیز از خرید محصولات خاصی سر باز زدند. این وقایع، منجر به افت فروش وحشتناکی شد که رقم پیشنهادی اتحادیه اروپا برای جبران ضرر کشاورزان اروپایی را به ۲۱۰ میلیون یورو رساند. خسارات اقتصادی در حدی بود که به تنش سیاسی بین برخی کشورها انجامید.

دولت‌ها، تجارت‌ها و شهروندان هنوز به طور مناسبی آماده پاسخگویی به چنین مشکلاتی در سطح دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه نیستند و شکل‌های جدیدی از سازمان‌ها و همکاری‌ها که اجازه اقدامات سریع‌تر و مؤثرتر بدهد، در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی هنوز مورد بحث



است. بیشتر بخش‌های دیگر از بخش سلامت انتظار دارند اثر این قبیل مشکلات را در حوزه مسوولیت آنها به حداقل برساند. همزمان، جامعه نیز امنیت سطح بالایی را از بخش سلامت طلب می‌کند. بحران‌ها و اپیدمی‌های این چنینی، مقاومت جامعه را محکم می‌زنند. شهری شدن سریع، گذارهای اپیدمیولوژیک، جابجایی‌های جمعیتی، تغییرات اقلیمی، رقابت بر سر منابع طبیعی کمیاب، افزایش محرومیت‌های اقتصادی و معرفی فناوری‌های جدید (از رسانه‌های اجتماعی تا بیولوژی سنتتیک) دارند به طور عمیقی بر سلامت و رفاه جوامع تأثیر می‌گذارند. این مسایل، مسایل به هم پیوسته و هولناکی هستند که هنوز به درستی درک نشده‌اند و هیچ راهی نیز برای اندازه‌گیری دقیق آثارشان بر اقتصاد و اجتماع وجود ندارد. کشورها در تلاشند تا این مشکلات را شناسایی کنند و آسیب‌پذیری ناشی از آنها را کاهش دهند اما دو عامل دست و پای کشورها را می‌بندد. اولین عامل، این است که تلاش‌های مشارکتی بین بخشی و بین‌المللی در برخی کشورها توسط برخی عوامل (از قبیل پیوستگی، سیاست‌ها، منافع مشترک، توزیع نامتعادل منابع و تضاد سیستم‌های ارزشی و اعتقادی) تحت فشار قرار می‌گیرد. دومین عامل، این است که با وجود منافع قوی بخش خصوصی، دست زدن به تغییرات، آسان نخواهد بود.

بخش سلامت



سازمان‌های بهداشت و سلامت با چالش‌هایی پیچیده، فارغ از اینکه تأمین بودجه‌شان از طریق مالیات یا بیمه باشد، مواجهند. این چالش‌ها عبارتند از:

- ◀ تأمین بودجه برای سلامت همگانی و خدمات مراقبت بهداشتی؛
- ◀ ایجاد دسترسی مناسب به خدمات مراقبت بهداشتی، با در نظر گرفتن هزینه‌های مالی؛
- ◀ تأکید بر اهمیت توانمندسازی شهروندان و بیماران برای خودمراقبتی؛
- ◀ استفاده اثربخش از منابع از طریق ابزارهایی مانند فناوری ارزیابی سلامت، توافقنامه‌های خرید رقابتی، شیوه‌های نوآورانه ارائه خدمات و مطالعات هزینه-اثربخشی؛
- ◀ پایش و ارزیابی؛
- ◀ میانجی‌گری اطلاعات: همتراز کردن اهداف تحقیق و نیازهای سیاستگذاری؛
- ◀ ایجاد ارتباط درونی بین مراقبت‌های اولیه و تخصصی؛ و
- ◀ تربیت نیروی انسانی، از طریق تقویت نقش دانشگاه.

هیچ سیستم سلامتی، بهترین نیست. در دهه آینده، ثبات اقتصادی برخی سیستم‌های سلامت در حد ورشکستگی است، در حالی که برخی در تلاشند نیازهای متغیر جمعیت تحت پوشش خود را شناسایی کنند و پوشش دهند. در همین زمان، بسیاری از کشورها باید به طور چشمگیری بدهی‌های مالی خود را کاهش دهند. با وجود موانع موجود، ایجاد اصلاحات در بخش سلامت هر کشوری را باید مسوولیت کلیدی وزارت بهداشت آن کشور دانست.



پیچیدگی: فهم سلامت تغییر و گسترش یافته است

به گفته فیوئرث (۲۰۰۹)، نظریه پیچیدگی، توصیف بسیار واقع‌گرایانه‌تری از جریان حوادث و تأثیر و تأثر آنها به دست می‌دهد. نظریه مذکور، این حس را به مطالعه امور انسانی می‌بخشد که همه چیز با همه چیز در ارتباط است. این نظریه به ما هشدار می‌دهد که به ادعاهای تبلیغاتچی‌ها مبنی بر اینکه برای مسایل اساسی، راه‌حل‌هایی همیشگی و منحصر به فرد وجود دارد، اعتنا نکنیم و آمادگی برای استفاده از شیوه‌های متغیر را داشته باشیم.

رویکرد دیگر به دولت حامی سلامت، به تغییر در چشم‌انداز بررسی مسایل دلالت دارد. سلامت، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، «وضعیتی است که در آن، سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی وجود دارد و صرفاً به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی نیست» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶) و این تعریف با درکی که امروزه از سلامت پیدا کرده‌ایم، تقویت شده است. جامعه اطلاعاتی، توسعه مردم‌سالاری، ماهیت مسایل حوزه سلامت و نوآوری‌های تکنولوژیک، همگی، ما را به پذیرش «پیچیدگی» به عنوان یک شاخصه کلیدی مسایل سلامت در قرن بیست و یکم دعوت می‌کنند. در حوزه سلامت، این نظر به شیوه‌های متعددی تبیین شده است؛ به عنوان مثال، با اشاره به استفاده وسیع از دخانیات یا چاقی مفرط به عنوان اپیدمی‌های اجتماعی، بیماری‌های مسری یا پاندمی‌های ناشی از عوامل متعددی که به پخش آنها کمک می‌کنند. در بحث پیچیدگی، استراتژی‌های لازم برای کنترل چنین اپیدمی‌هایی باید در سطوح متعددی کار کند تا آثارش از حوزه سلامت فراتر رود.

این اپیدمی‌ها آثار اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارند و نتایج ناخواسته‌ای به دنبال دارند که بسیاری از تحلیلگران بخش سلامت، آنها را نادیده می‌گیرند (اسلاما، ۲۰۰۵). سیستم‌های تطبیقی پیچیده این‌گونه‌اند: متشکل از افراد متعدد و عناصر خودسازماندهی که قادر به پاسخگویی به دیگران و محیط هستند. کلیت این سیستم می‌تواند به عنوان شبکه‌ای از روابط و تعاملات در نظر گرفته شود؛ شبکه‌ای که در آن، «کل»، چیزی بسیار بیشتر و فراتر از حاصل جمع «اجزا» است. (کلورمن و همکاران، ۲۰۰۳) مولفان متعددی پیشنهاد کرده‌اند که سلامت به عنوان یک سیستم تطبیقی پیچیده، درک شود؛ سیستمی که منتج از تعاملات متعدد و فرآیندهای پویایی است که خود از سیستم‌های پیچیده دیگری منشأ می‌گیرند.

بنابراین درک بسیاری از مسایل جدید حوزه سلامت و ماهیت پیچیده بیماری‌های مزمن، مستلزم چشم‌اندازی است که در آن، وابستگی متقابل تمام ذی‌نفعان و ابعاد و ماهیت اجتماعی خطر و انگیزه‌های افراد دیده شود. همانطور که در بسیاری از مستندات سیاست‌گذاری سلامت نیز خاطر نشان شده؛ تغییرات، هم در سطوح سیاست‌گذاری مورد نیازند، هم در سطوح سازمانی و اجتماعی و فردی. مع الوصف، با وجود این آگاهی و علی‌رغم شواهد موجود، بسیاری از دولت‌ها هنوز از رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه استفاده نمی‌کنند.

از منظر سیستم، سه رویکرد مطرح می‌شود: (۱) تولید و حفظ سلامت توسط سیستمی از تعاملات تطبیقی و پیچیده بین افراد و محیطشان در کنار عوامل فیزیولوژیک، روانی، رفتاری، اجتماعی، جمعیت‌شناختی و وضعیت اقتصادی اجتماعی (گلوبرم و همکاران، ۲۰۰۳). (۲) ایجاد فرآیندهای مؤثر بر سیستم‌های دیگر از طریق توسعه سلامت. (۳) و همچنین سلامت می‌تواند به عنوان یک دارایی در سیستم تطبیقی پیچیده معنا شود، نظیر آنچه در سیستم امنیت غذا می‌بینیم.

مقابله با خطرهای بنیادین مستلزم استفاده از رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه است، چرا که این خطرها بر سیستم یکپارچه‌ای تأثیر می‌گذارند که تمام جامعه (سلامت، حمل و نقل، محیط زیست، کشاورزی و ارتباطات) را در بر می‌گیرد. بنابراین کشف این خطرها از دستور جلسه‌های متعارف و نتایج منطقی مرسوم فراتر می‌رود و به وابستگی متقابل کشف ارتباطات بین خطرها می‌رسد (کلینک ورن، ۲۰۰۶).

گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (۲۰۰۸) نیز نشان می‌دهد که سلامت، به خودی خود، یک دارایی مؤثر بر سیستم‌های پیچیده دیگر است؛ از کار و استخدام گرفته تا حمل و نقل و مسکن.

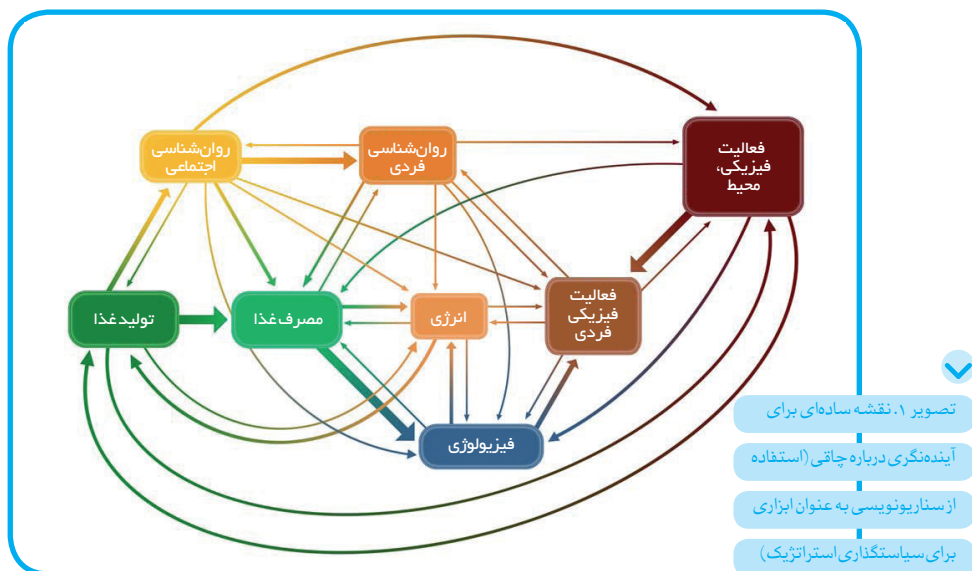
این امر به مراحل اجتماعی صنعتی شدن، شهری شدن و جهانی شدن مربوط می‌شود، و از همه مهم‌تر، مرتبط است با قرار گرفتن در معرض خطرهای متفاوت و نیاز به کسب مهارت‌های تطبیقی از طریق توزیع اطلاعات، قدرت، پول و منابع در جامعه. این علت‌العلل به رویکرد تازه‌ای برای ارزیابی نیاز دارد و محتاج چشم‌انداز تازه‌ای برای سیاست‌گذاری عادلانه است.

بر خلاف رویکردهای سنتی به اپیدمیولوژی که تشخیص عوامل خطر ساز را هدف می‌گرفتند، رویکردهای مبتنی بر پیچیدگی، محیطی وسیع‌تر را می‌بینند که خطرهای بنیادین سلامت از آن سر بر می‌آورند. شیب اجتماعی یکی از واضح‌ترین نمونه‌های این خطرهاست. این امر همچنین به آن معناست که بخش‌های دیگر (جز سلامت) نیز می‌توانند، حتی بدون دخالت بخش سلامت، به آثار مثبت در حوزه سلامت دست یابند.

این موضوع، به ویژه، از منظر معیارهای مالی و سیاست‌های توزیعی، صحیح است. به عنوان مثال، کشورهایی که نابرابری‌های اجتماعی در آنها کمتر است، نابرابری‌های حوزه سلامت هم در آنها کمتر دیده می‌شود و کلا وضعیت سلامت بهتری دارند.

ارتباط بین غذا، امنیت غذا، توسعه پایدار و خطرهای بنیادین سلامت مانند چاقی مفرط و دیابت، ضرورت نیاز به چشم‌انداز وسیع‌تر را تبیین می‌کنند (کیکوش، ۲۰۱۰؛ اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، مهم‌ترین عوامل خطر ساز دیابت نوع دو عبارتند از چاقی، کم‌تحریکی، رژیم کم‌فیبر و پرکالری و استعمال دخانیات که این عوامل با عوامل دیگری مانند سن، ژنتیک و شیوه تغذیه در دوران کودکی تعامل دارند (تصویر ۱).

خطرها توسط عوامل ساختاری تعیین می‌شوند؛ از جمله، حدود طبقه‌بندی‌های اجتماعی، صنعتی شدن، شهری شدن و جهانی شدن که بر میزان دسترسی افراد به سلامت تأثیر می‌گذارند و مثلاً می‌توانند افراد را در معرض محیط‌هایی قرار دهند که آنها را چاق یا به مصرف دخانیات ترغیب کند. این موضوع به‌هنگام‌های اجتماعی، فرهنگ غذای بومی و زیرساخت‌های شهری بستگی دارد. بنابراین، بخش سلامت (و حتی بخش‌های دیگر) به سختی می‌توانند مداخلات لازم برای تبیین خطرهای بنیادین و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را صورت دهند. اگرچه معمولاً این‌طور عنوان می‌شود که تولید غذا از میزان تقاضای غذا در بازار تبعیت می‌کند اما دلایل خوبی برای این طرز فکر وجود دارد که تولید غذا صرفاً از این الگو تبعیت نمی‌کند و عوامل متعدد دیگری بر آن تأثیر می‌گذارند. مسایل زیست‌محیطی، به ویژه نیاز به شیوه‌هایی از کشاورزی که در طولانی‌مدت پایدار باشد، بر تولید غذا اثر می‌گذارند. بین تولید غذا برای سلامت انسان و تولید غذا برای حفظ محیط زیست، همبستگی وجود دارد. سیاست‌های تغذیه و محیط زیست، می‌توانند به‌طور موازی پیش روند، همان‌طور که در طرح عملیاتی سازمان بهداشت جهانی (در اروپا) برای سیاست غذا و تغذیه در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۷ چنین شد (اداره منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا ۲۰۰۷). تولید غذا بر سلامت انسان تأثیر می‌گذارد؛ نه تنها از طریق مصرف غذا، بلکه همچنین از طریق طبیعت و توسعه پایدار اقتصاد روستایی که بر کار و استخدام در روستا اثر می‌گذارد و در همبستگی اجتماعی و تسهیلات



منبع: فاینگود و همکاران، ۲۰۱۰

اوقات فراغت نیز نقش دارد. این امر، در عوض، سلامت جسمی و روانی مطلوب‌تری را به دنبال دارد. بیشتر مداخلات، به جای اینکه خاص و کلینیکی باشند، عام و ساختاری‌اند و به سیاست‌گذاری بستگی دارند (وایتینگ و همکاران، ۲۰۱۰)، به ویژه در رابطه با توزیع درآمد، مصرف و ثروت. تحلیل سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (اسلاما، ۲۰۰۵) این است که اثربخشی رویکردهای چندجانبه، دوبرابر اثربخش‌ترین مداخله مستقل است. همانطور که تجربه ۳۰ ساله کنترل دخانیات نشان می‌دهد، احتمال پایداری رویکردهای بنیادین، بیشتر است. این رویکردها در موارد جبر سازمانی و ضدیت قوی بخش‌هایی با ارزش‌ها و منافع رقیب و منابع مالی وسیع، هر از گاه به مرحله اجرا رسیده‌اند. رویکردهای دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه مستلزم دریچه‌ای از فرصت‌ها هستند (کینگدان، ۱۹۹۵): مجموعه بی‌نظیری که بتواند گذارهای فرهنگی، آزادی و سیاسی و قابلیت اجرا را گرد هم آورد.

همکاری: نقش جدید شهروندان و جامعه مدنی

دولت حامی سلامت، بدون اقدامات جامعه مدنی در تمام سطوح، قابل درک نخواهد بود: «یک فضای وسیع، به‌هم‌پیوسته و چندلایه غیردولتی» (کین، ۲۰۰۳). در قرن بیستم، رویکرد شهروندان به سلامت و دولت تغییر کرد. ظهور جامعه مدنی در اواخر قرن بیستم به وقوع پیوست اما در قرن بیست و یکم، شاهد پدیده جدیدی هستیم؛ اینکه شهروندان مسلط به فناوری‌های نوین و شیوه‌های ارتباطی جدید، مسوولیت سلامت خود را به عهده می‌گیرند و درخواست‌های بیشتری از دولت‌هایشان دارند. آنها در حوزه «همکاری برای سلامت» از طریق درگیر شدن در دو رویکرد هم‌زمان و متعامل فعالیت می‌کنند: توزیع قدرت برای سلامت (که آگاهی لازم برای همراه شدن با رویکرد دولت یکپارچه و جامعه یکپارچه را در اختیار می‌گذارد) و توزیع سلامت و مراقبت (که به روابط مشارکتی بخش سلامت با افراد به عنوان شهروند، بیمار، مراقب بیمار، مصرف‌کننده یا متخصص سلامت مربوط می‌شود). این همکاری از طریق تکثیر فناوری‌های نوین و دسترسی به اطلاعات مقدور شده؛ اطلاعاتی که جوامع را از صنعتی به اطلاعاتی گذار می‌دهد و ساختارها و سازمان‌های سلامت و بنگاه‌های آن را بازتعریف می‌کند. سلامت به بخشی از یک صنعت اطلاعاتی تبدیل شده و به استفاده‌کنندگان هوشمند و سازمان‌های آموزشی مؤثر نیاز دارد تا بتواند به نتیجه‌های مطلوب دست یابد.

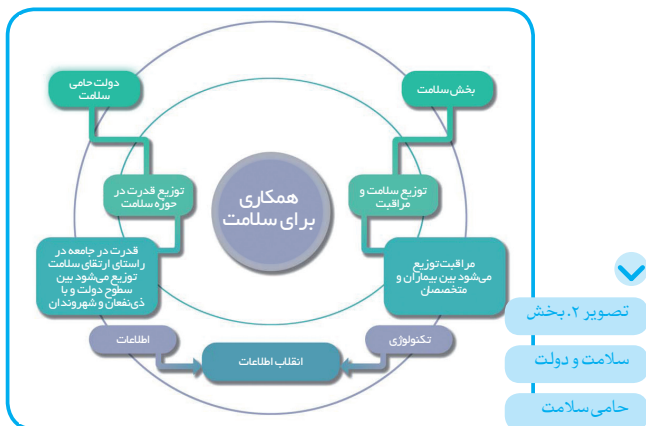
تولید مشترک اطلاعات

تولید مشترک سلامت مستلزم تولید مشترک آگاهی است. اگر دولت در راستای سلامت می‌خواهد کارآمد باشد، باید مشارکت‌پذیر باشد و از نظر متخصصان فراتر رود. تجربه مردم و درک مردم به شیوه‌های جدیدی باید وارد بازی شود. یک جامعه اطلاعاتی به یک دولت

آینده‌نگر احتیاج دارد. این معنی (کلپروگ و واندر اسلونیس، ۲۰۰۶): بر توزیع قدرت تأکید می‌کند و همچنین بر تولید مشترک اطلاعات از طریق علم و جامعه و ذات جدانشدنی حقایق و ارزش‌ها اصرار دارد و برای دستیابی به نوآوری در دولت باید به این موارد تصریح شود. فراتر از روش‌های سنتی، دولت آینده‌نگر (با تجهیز جامعه توسعه یافته متشکل از فرهنگ‌های مختلف، از طریق اطلاعات بومی و شیوه‌های شناختی که ساختار علم و تکنولوژی را قدرتمندتر می‌سازند) به عدم قطعیت نیز پاسخ می‌دهد. دیدگاه‌های گوناگون، از تخصصی تا عامیانه، باید در نظر گرفته شود تا احتمال تأثیر پیش‌دوری‌ها در تبیین مسایل به حداقل برسد. «این رویکرد وسیع‌تر اجازه می‌دهد سیستم‌های قدرت و ارزش‌گذاری به درستی ارزیابی شوند تا چشم‌اندازهای اجتماعی و فنی آینده را شکل دهند.» (کلپروگ و واندر اسلونیس، ۲۰۰۶؛ اوزمیر و ناپرز، در مطبوعات).

تغییرات مبتنی بر همکاری در حوزه سلامت و اطلاعات، در تمام عرصه‌های زندگی، در حال وقوع است (تصویر ۲)؛ در تقاضا برای غذای سالم‌تر، تکنولوژی‌های سبزتر و خیابان‌های پاکیزه‌تر و خودمراقبتی و سایر شیوه‌های مشارکتی‌تر برای مراقبت‌های بهداشتی. به مردم باید قدرت داده شود تا دست به کار شوند. توزیع قدرت برای ارتقای سلامت، نقطه کانونی این حرکت است که می‌تواند هم سائقی برای تغییر باشد، هم پاسخی به زمینه‌های سیاسی متغیر در قرن بیست و یکم که «به افراد، تولیدکنندگان و نهادها بینش می‌دهد تا با همدیگر برای ساخت یک سیستم اجتماعی و محیطی توانمند که همه در آن به سلامتی دست یابند، همکاری کنند.» (روگر، ۲۰۱۰). چالش دولت‌ها، ظرفیت‌سازی برای همکاری مؤثر برای تولید ارزش‌های عمومی در شبکه‌ای به هم پیوسته از نهادهای بخش‌های دولتی و خصوصی و غیرانتفاعی است (مجمع اقتصاد جهانی، ۲۰۱۱) و ارزش تولیدشده باید سنجیده و معلوم شود که آیا جوامع در حال پیشرفت

به سمت سلامت و رفاه هستند یا نه. به گفته روگر (۲۰۱۰): «توزیع قدرت در حوزه سلامت دربرگیرنده اصولی واقع‌بینانه درباره فرآیندهای توزیع است، و نیز معیارهای دقیق ارزیابی کارآمدی، تغییر در دیدگاه‌ها و هنجارها و ذهن‌های باز برای حل مسایل... این فرآیند دربرگیرنده نقش‌ها و مسؤلیت‌های تمام احزاب، افراد، تولیدکنندگان و نهادهاست.»



منبع: فاینگود و همکاران، ۲۰۱۰